

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

Formulari i informacionit të ankesës së klientit

Numri i Ankesës:

Udhëzime: Nëse keni një ankesë, ju lutemi plotësoni këtë formular dhe ia dorëzoni stafit të Qendrës së Karrierës. Nëse kjo është një ankesë për diskriminim, ju ose duhet t'ia dorëzoni këtë formular zyrtarit për mundësi të barabarta të Qendrës së Karrierës ose t'ia dërgoni: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226.**

Nëse është e nevojshme, bashkëngjitni faqe shtesë dhe çdo dokument në lidhje me kërkesën tuaj.

1. Ankuesi (mbush informacionin tënd)

Emri _____ Iniciali i mesëm _____ Mbiemri _____

Adresa _____ Qyteti _____ Shteti _____ Kodi Postar _____

Adresa alternative (nëse është e aplikueshme) _____

SSN (Opsionale) _____ Telefoni i shtëpisë (_____) _____ Telefon alternativ (_____) _____

Adresa e Emailit _____

Cila është koha dhe mënyra më e përshtatshme që ne t'ju kontaktojmë për këtë ankesë? _____

Unë jap pëlqimin tim për të ndarë informacionin në lidhje me këtë ankesë me (listë emrat e anëtarëve të familjes, miqve etj. që mund të marrin informacion në lidhje me ankesën tuaj): _____

2. I anketuari (plotësoni informacionin për subjektin e ankesës suaj)

Agjencia, biznesi ose punonjësi kundër të cilit po ankoheni: _____

Adresa _____ Qyteti _____ Shteti _____ Kodi Postar _____

Telefoni (_____) _____

2a. A është i anketuari një qendër karriere? Po Jo

Nëse po, a ka të bëjë kjo ankesë Trajnimi Shërbimi ndaj klientit Të tjera _____

2b. A është i anketuari një biznes? Po Jo

Nëse po, a jeni referuar në këtë biznes nga stafi i Qendrës së Karrierës? Po Jo Nëse po, kur? _____

2c. A është i anketuari një fermë? Po Jo

2d. Për çfarë është ankesa juaj (shikoni të gjitha ato që zbatohen)?

Paga/paga të papaguara Puna e Fëmijëve Shëndeti dhe Siguria Kushtet e punës Strehimi Transporti

Ushqimet Pesticidet Të tjera _____

2e. A është ankesa juaj për diskriminim? Po Jo

3. Përshkruani shkurtimisht ankesën tuaj. Jini sa më të qartë që të jetë e mundur. Nëse besoni se jeni diskriminuar, ju lutemi përshkruani në detaje se si ndodhi kjo.

a. Çfarë ndodhi? _____

b. Kush ishte i përfshirë? (Dëshmitarët, bashkëpunëtorët, mbikëqyrësit, etj.) Jepni emrin, adresën dhe numrin e telefonit, nëse dihet.

c. Kur dhe ku ndodhi (përfshi datën)? _____

d. Nëse besoni se jeni trajtuar ndryshe, përshkruani se si. _____

4. A ju janë ofruar shërbime punësimi? Po Jo

5. Si do të dëshironit të zgjidhej kjo ankesë? _____

Nëse kjo është një ankesë diskriminimi, plotësoni numrat 6-10. Nëse kjo nuk është një ankesë diskriminimi, shkoni te numri 11.

6. Përzgjidhni të gjitha ato që zbatohen.

Gara (specifiko) _____

Ngjyra (specifiko) _____

Feja (specifiko) _____

Origjina Kombëtare (Përcakto) _____

Gjinia Mashkull Femër

Procesverbali i arrestimit dhe dënimit (specifikoni) _____

Aftësia e kufizuar (specifiko) _____

Gjendja martesore (specifiko) _____

Shtetësia (specifiko) _____

Predispozita gjenetike dhe statusi i bartësit (specifikoni) _____

Ngacmim seksual _____

Statusi i veteranit (specifikoni) _____

Moshë (specifikoni datën e lindjes) ____ / ____ / ____

Orientimi seksual _____

Përkatësia politike (specifiko) _____

Viktimë e Dhunës Shtëpiake _____

Hakmarrja/hakmarrja (specifiko) _____

Tjetër (Përcakto) _____

7. Pse besoni se kanë ndodhur këto ngjarje? _____

8. A keni një avokat apo përfaqësues tjetër për këtë ankesë? Po Jo Nëse "Po", ju lutemi plotësoni sa vijon:

Emri _____ Telefoni (____) _____

Adresa _____ Qyteti _____ Shteti _____ Kodi Postar _____

9. A keni paraqitur një rast ose ankesë për këtë incident me ndonjë nga sa më poshtë?

Departamenti Amerikan i Drejtësisë, Divizioni i të Drejtave Civile Departamenti i Punës i NYS, Divizioni i Zhvillimit të Mundësive të Barabarta

Komisioni i US-së për Mundësinë e Punësimit të Barabartë Sektori i të Drejtave të Njeriut i NYS

Departamenti Amerikan i Punës, Qendra për të Drejtat Civile Gjykata Federale ose Shtetërore

Tjetër _____

10. Për çdo agjenci të regjistruar në numrin 9, ju lutemi plotësoni informacionin e mëposhtëm:

Agjencia _____ Data e depozitimit ____ / ____ / ____

Agjencia _____ Data e depozitimit ____ / ____ / ____

Rasti ose doket nr. _____

Rasti ose doket nr. _____

Data e gjyqit ose seancës _____

Data e gjyqit ose seancës _____

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës _____

Vendndodhja e agjencisë ose gjykatës _____

Emri i hetuesit _____

Emri i hetuesit _____

Gjendja e çështjes _____

Gjendja e çështjes _____

Komentet _____

Komentet _____

11. Vërtetohet se informacioni i dhënë më sipër është i vërtetë dhe i deklaruar me saktësi sipas njohurive të mia. Unë autorizoj zbulimin e këtij informacioni tek agjencitë e zbatimit për hetimin e duhur të ankesës sime. Unë e kuptoj se identiteti im do të mbahet konfidencial në masën maksimale të mundshme në përputhje me ligjin në fuqi dhe një përcaktim të drejtë të ankesës sime.

Nënshkrimi i Ankuesit

Data

Stafi pranon ankesën _____
(Emri me germa shtypi)

Nënshkrimi Data

Qendra e Karrierës _____

Telefoni (____) _____